***ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SIWZ ZP/3/2018/PANELE***

**Zamawiający:**

**Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Kielcach**

**ul. Szczepaniaka 23, 25-118 Kielce NIP 959-12-89-935**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*oświadczenia wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*